

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1935

N° .....

THÈSE

415

pour le DOCTORAT en MÉDECINE  
(Diplôme d'État)

PAR

**FEINSTEIN Hermann**

*né le 23 Juin 1906 à Piatra (Roumanie)*

---

# Contribution à l'Etude de l'Ictère Post-Abortum

---

*Président de Thèse : M. TANON, Professeur*

---

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ - PARIS

---

1935



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1935

N° \_\_\_\_\_

# THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE  
(Diplôme d'État)

PAR

**FEINSTEIN Hermann**

*né le 23 Juin 1906 à Piatra (Roumanie)*

---

## Contribution à l'Étude de l'Ictère Post-Abortum

---

*Président de Thèse : M. TANON, Professeur*

---

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ - PARIS

1935

LE DOYEN..... M. ROUSSY.

# I. — PROFESSEURS

|                                                                | MM.                |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie .....                                                 | ROUVIERE.          |
| Physiologie .....                                              | BINET.             |
| Physique médicale .....                                        | STROHL.            |
| Chimie médicale .....                                          | DESGREZ.           |
| Bactériologie .....                                            | DEBRE.             |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale.....              | BRUMPT.            |
| Pathologie médicale et générale .....                          | BAUDOUIN.          |
| Pathologie chirurgicale .....                                  | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique .....                                    | ROUSSY.            |
| Histologie .....                                               | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale.....                         | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                            | HARVIER.           |
| Hygiène et médecine préventive.....                            | TANON.             |
| Médecine légale .....                                          | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                      | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie.....                  | Maurice VILLARET.  |
| Clinique médicale .....                                        | LOEPER.            |
|                                                                | CARNOT.            |
|                                                                | CLERC.             |
|                                                                | Marcel LABBE.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance.....                | LEREBOULLET.       |
| Clinique des maladies des enfants.....                         | NOBECOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....           | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                  | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                       | LEMIERRE.          |
|                                                                | CUNEO.             |
| Clinique chirurgicale .....                                    | GOSSET.            |
|                                                                | GREGOIRE.          |
|                                                                | LENORMANT.         |
| Clinique ophtalmologique .....                                 | TERRIEN.           |
| Clinique urologique .....                                      | MARION.            |
|                                                                | BRINDEAU.          |
| Clinique d'accouchements .....                                 | COUVELAIRE.        |
|                                                                | JEANNIN.           |
| Clinique gynécologique .....                                   | PROUST.            |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....             | OMBREDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale .....                          | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                        | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                      | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique .....                                   | SERGENT.           |
| Clinique de la Tuberculose .....                               | BEZANCON.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....            | MATHIEU.           |
|                                                                | HOVELACQUE.        |
| Professeurs sans chaire .....                                  | MULON.             |
|                                                                | OLIVIER.           |
|                                                                | VERNE.             |
|                                                                | MOCQUOT.           |



## II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri.... Pathologie médicale.  
 BERNARD E. .. Pathologie médicale.  
 BESANÇON (J.). Hydrologie.  
 BOULIN ..... Pathologie médicale.  
 BULLIARD .... Histologie.  
 CATHALA .... Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.  
 DOGNON ..... Physique.  
 FEY ..... Urologie.  
 GALLIARD .... Parasitologie.  
 GASTINEL .... Bactériologie.  
 DE GAUDART D'ALLAINES..... Pathologie chirurgicale.  
 GAYET ..... Physiologie.  
 GIROUD ..... Histologie.  
 HAGUENAU . Pathologie médicale.  
 HALPHEN .... Oto-rhino-laryngologie.  
 HAZARD ..... Pharmacologie.  
 HUGUENIN .. Anatomie pathologique.  
 JOANNON .... Hygiène.  
 LABBE (Henri). Chimie biologique.  
 LACOMME ... {  
 LANTUEJOUL. { Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.  
 LEMAIRE .... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 M<sup>lle</sup> J. LEVY .. Pharmacologie.  
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.  
 MOREAU ..... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN .... Pathologie médicale.  
 OBERLING .... Anatomie pathologique.  
 PETIT-DUTAILLIS..... Pathologie chirurgicale.  
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.  
 PORTES ..... Obstétrique.  
 RICHET ..... Physiologie.  
 SANNIE ..... Chimie biologique.  
 SENEQUE .... Pathologie chirurgicale.  
 TROISIER .... Pathologie expérimentale et comparée.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 VIGNES ..... Obstétrique.  
 WILMOTH .... Pathologie chirurgicale.

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE .... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET ..... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT .... Physiologie.

MM.

LEROUX ..... Anatomie pathologique.  
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.  
 ZIMMERN .... Physique.



#### IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

##### MM.

ABRAMI ..... Clinique médicale.  
ALAJOUANINE. Clinique médicale.  
AUBERTIN .... Clinique médicale.  
BRULE ..... Clinique médicale.  
CHABROL .... Clinique médicale.  
CHIRAY ..... Clinique médicale.  
DONZELOT .. Clinique médicale.  
DUVOIR ..... Clinique médicale.  
LIAN ..... Clinique médicale.

##### MM.

PASTEUR-VALLERY-RADOT. Clinique  
médicale.  
SEZARY ..... Clinique médicale.  
ECALLE ..... Clinique obstétricale.  
GUENIOT ..... Clinique obstétricale.  
LE LORIER ... Clinique obstétricale.  
LEVY-SOLAL.. Clinique obstétricale.  
METZGER .... Clinique obstétricale.

##### MM.

BASSET ..... Clinique chirurgicale.  
BROCQ ..... Clinique chirurgicale.  
CADENAT .... Clinique chirurgicale.  
GATELLIER .. Clinique chirurgicale.  
HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.  
MOURE ..... Clinique chirurgicale.  
QUENU ..... Clinique chirurgicale.  
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.  
VELTER ..... Clinique obstétricale.

#### V. — CHARGES DE COURS

##### MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.  
LEDOUX-LEBARD ..... Radiologie clinique  
WEIL-HALLE ..... Puériculture.  
FREY ..... Stomatologie.

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MA MERE,

A MON PERE,

*je dédie ces quelques pages,  
léger témoignage de mon pro-  
fond amour filial, et de mon  
infinie reconnaissance pour  
tous les sacrifices qu'ils se  
sont imposés pour moi, pen-  
dant de longues années.*

A MA SŒUR,

A MON FRERE,

MEIS ET AMICIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TANON

Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

Directeur du Laboratoire d'hygiène

Officier de la Légion d'Honneur

*En remerciement du grand  
honneur qu'il nous a fait de  
bien vouloir accepter la prési-  
dence de notre thèse.*

A MON MAITRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN PARAF

*Médecin des Hôpitaux*

*Qui nous a suggéré le sujet  
de cette thèse. Qu'il veuille  
bien recevoir l'hommage res-  
pectueux de toute notre grati-  
tude.*

A NOS MAITRES DES HOPITAUX.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## INTRODUCTION

Notre modeste travail est, avant tout, constitué par la discussion du cas observé dans le service de notre maître le docteur Paraf. Nous étudierons ce cas tout d'abord, dans les moindres détails. Il servira de base.

Il n'est pas exceptionnel ; les faits de ce genre se sont multipliés, en ce qui concerne les ictères apparus dans les jours qui suivent une tentative d'avortement ; que cette tentative ait été ou non suivie du succès ; qu'elle ait consisté en ingestion de produits réputés abortifs ou en manœuvres intra utérines ou dans les deux à la fois.

Tantôt, il s'agit simplement d'un ictère léger, voire d'un subictère qui peut être imputé à l'action des anesthésiques ou à une infection légère.

Le plus souvent le tableau clinique est infiniment plus grave. Non seulement l'ictère est marqué, mais il s'accompagne de signes généraux graves, température, anémie, hémorragies, associés généralement à des signes de néphrite azotémique réalisant le tableau d'une hépato-néphrite grave. Sans doute leur aspect clinique est-il des plus variable. Tous les degrés existent dans la gravité apparente des symptômes ; hépato-néphrite suraiguë à grand fracas ou, au contraire, simple ictère sans grands signes généraux. Parfois, c'est l'aspect

d'une néphrite aiguë ; parfois encore, c'est le tableau dramatique d'une anémie grave progressive.

Quoi qu'il en soit, ces hépato-néphrites ressortissent à deux sortes de causes. Tantôt il s'agit d'une origine infectieuse et c'est alors dans la plupart des cas, le bacille perfringens qui est en jeu.

Tantôt, l'origine est toxique. Parmi les abortifs incriminés, l'apiol paraît avoir été retrouvé avec une certaine fréquence.

D'ailleurs, dans un certain nombre de cas, les deux facteurs infectieux et toxiques coexistent, la malade ayant eu successivement recours à des produits toxiques, puis à des manœuvres abortives. Il devient alors extrêmement difficile de faire un diagnostic étiologique.

Or, ce diagnostic précis est d'autant plus important qu'il préside au pronostic le plus souvent des plus graves, en particulier quand le bacille perfringens est en cause.

Cependant, les progrès de la biochimie humorale ont permis d'atténuer quelque peu l'extrême gravité de ce pronostic, permettant d'instituer une thérapeutique adéquate et nous avons tout lieu d'espérer que les guérisons seront de plus en plus fréquentes, comme dans le cas que nous rapportons.

L'apparition post-abortum d'un ictère même léger, d'une néphrite même isolée, est un fait non exceptionnel, toujours grave, soulèvent de très délicats problèmes étiologiques, diagnostiques et pronostiques.

*Observation de notre malade.*

Mlle L., 29 ans, à la suite d'un retard de règles de trois mois absorbe le 1<sup>er</sup> octobre 1934 0 gr. 50 de quinine qui n'ont aucun effet. Elle provoque alors l'avortement à l'aide d'une sonde intra-utérine. Des hémorragies se produisent le lendemain et nécessitent son hospitalisation le 3 octobre. On note, avant le curetage, un ictère léger. La température qui était à 38° le lendemain du curetage revient en deux jours à la normale. Mais le subictère persiste et s'accompagne d'une oligurie trouble. De plus, la malade est très abattue. Le 12 octobre, nous sommes appelés auprès d'elle. A ce moment, la température est à 36°5, 37°, il n'y a presque plus d'ictère, mais le teint de la malade est extrêmement pâle, blafard, donnant l'impression d'une anémie extrême (et cependant les hémorragies qui avaient précédé et accompagné le curetage n'avaient pas été abondantes).

La malade vomit sans arrêt, rejetant immédiatement tout ce qu'elle absorbe. Il y a une anurie presque complète.

L'examen viscéral est entièrement négatif. Poumons et cœur sont normaux ; la tension artérielle est à 15-10.

13 octobre. L'examen du sang donne les résultats suivants :

Urée : 4 gr.

Globules rouges : 1.040.000.

Globules blancs : 13.200, dont 90 % de polynucléaires.

Pas de formes anormales.

PH = 7,5

RA = 47,5

Plasma = 2,57

Glob = 1,44

$\frac{Cl\ glob}{Cl\ plasm.} = 0,56$

Une hémoculture faite en milieu aérobie et anaérobie reste négative.

L'examen des urines fournit les résultats suivants :

Albumine ..... 0 gr. 50 par litre.

Urée ..... 7 gr. 90 »

Chlorures ..... 8 gr. 80 »

Le culot renferme des cylindres, des leucocytes, des hématies et de très nombreux bacilles. Gram négatifs, que la culture permet d'identifier à du B coli.

Cet état s'aggrave les jours suivants. La malade tombe dans un état de torpeur entrecoupé de vomissements. Les pupilles sont en myosis, on note des tressaillements musculaires.

### *Examen de sang de Mlle L...*

| Dates .....       | 15-10 | 17-10   | 20-10   | 22-10   | 2-11    |
|-------------------|-------|---------|---------|---------|---------|
| Urée .....        | 4 gr. | 5 g. 30 | 5 g. 20 | 4 g. 80 | 1 g. 75 |
| Réserve Alcaline  | 42,4  | 48      | 46      | 50      | 56      |
| Cl. Sang total..  | 2,42  | 2,53    | 2,89    |         |         |
| Cl. Globulaire..  | 1,67  | 1,66    | 1,50    |         |         |
| Cl. Plasmatique   | 2,62  | 2,68    | 3,13    |         |         |
| Rapport chloré.   | 0,64  | 0,62    | 0,48    |         |         |
| Val. globulaire . | 0,16  | 0,16    | 0,15    |         |         |

Numération

glob.. . . . 1.040.000 1.000.000 1.430.000 2.850.000

Suc gastrique (vomissements)

Dates . . . . . 17-10.

---

|                      |       |                   |
|----------------------|-------|-------------------|
| AL Ac libre en Cl... | 1,24  | Présence de bile. |
| Urée . . . . .       | 3,35  |                   |
| Cl. Total.....       | 5,98  |                   |
| AL/Cl . . . . .      | 21 %. |                   |

*Examen d'urines*

| Dates . . . . .    | 15-10 | 17-10    |
|--------------------|-------|----------|
| Albumine . . . . . | 0,50  | 1 gr. 50 |
| PH . . . . .       |       | 6,8      |
| Urée . . . . .     | 7,90  | 7,90     |
| Cl. . . . .        | 6,51  | 2,20     |
| AL . . . . .       |       | 4        |
| AF . . . . .       |       | 6        |
| At . . . . .       |       | 10       |
| AT/U . . . . .     |       | 1,3      |

Les chiffres varient peu les jours suivants.

Devant ces résultats, nous pratiquons des transfusions sanguines répétées (de 100 à 500 cmc.) et des injections intra-veineuses de sérum hypertonique salé (50 cmc.) ainsi que des injections sous-cutanées de sérum sucré et salé et en goutte à goutte du sérum bicarbonaté.

Tentatives d'alimentation par bouillon de légumes salé, lait, citronnades et 20 gr. de bicarbonate de soude dans l'eau.

A partir du 22 octobre, l'état de la malade s'améliore

peu à peu. Les vomissements ayant disparu les premiers.

Le 2 novembre : urée du sang à 1 gr. 75 ; diurèse à 500 gr.

Le 8 novembre, décharge urinaire (3 litres) en même temps que l'urée sanguine descendait progressivement à 0 gr. 27.

Les examens répétés des urines pendant toute la durée de la maladie, n'ont montré d'autres germes que des coli bacilles.

Au total, guérison, qui ne fut entravée ni par un anthrax du nez, survenu au déclin de l'affection, ni par une parotidite droite (apparue alors que l'azotémie n'était plus que 0 gr. 61).

Au départ de la malade, tout était redevenu normal ; les urines ne contenaient plus d'albuminurie ni cylindres.

Le sang montrait : 3.980.000 globules rouges ; 9.200 globules blancs, avec 75 % de poly. Urée = 0 gr. 27.

Mais notons cependant que la constante est peu élevée  $K = 0,27$  et que la phénolsulfophtaléine ne montre qu'une élimination de 30 %.

Avant de conclure de façon définitive, il nous paraît nécessaire de reprendre l'étude de ces hépato-néphrites à la lumière des faits observés par nous et de ceux rapportés récemment.

## HEPATO-NEPHRITES INFECTIEUSES

Elles ressortent surtout à la septicémie à bacille perfringens. Depuis l'observation initiale de Widal, Abrami, Léon Kindberg en 1911, les relations se sont multipliées. La thèse d'Adrien Weill (Paris 1932) en réunit un grand nombre.

Elles succèdent à des manœuvres intra-utérines en l'introduction de sondes ou de lamineuses ou de l'injection intra-utérine de substances quelconques : eau savonneuse, solution d'acétate de plomb (Jeannin et Weil).

A noter que, très fréquemment, la femme a en même temps absorbé per os un produit réputé abortif (de la quinine généralement).

Parfois, ces manœuvres n'ont point abouti et l'avortement ne s'est pas produit. Plus souvent, l'hépatonéphrite complique une banale rétention placentaire, survenant tantôt chez une femme que l'on se dispose à curetter, tantôt chez une femme que l'on vient de curetter. Parfois, enfin l'expulsion avait été complète et l'utérus vide quand éclatent les accidents.

Leur date d'apparition ne semble d'ailleurs pas constante : un ou deux jours après l'avortement, parfois, au contraire, une ou deux heures après l'introduction de la sonde.

Le polymorphisme de ces hépatonéphrites à perfringens est extrême. On peut décrire avec Adrien Weill, la forme subaiguë, ictéro-néphritique qui paraît assez commune.

Le début en est toujours marqué par un état « septicémique », d'installation en général brutale : vomissements, frissons, douleurs musculaires, élévation thermique à 40°. Rapidement, souvent dès le lendemain, « l'ictère » apparaît. C'est le signe important, qui frappe par son intensité, par son aspect.

Parfois, c'est un ictère flamboyant, grenade mûre qui fait penser à une spirochétose ictéro-hémorragique.

Dans d'autres cas, c'est un ictère rouge brun, rouge cuivre, ou bien encore verdâtre, violacé. C'est qu'en effet, une cyanose plus ou moins manifeste accompagne fréquemment l'ictère et contribue à réaliser les teintes extraordinaires décrites par certains auteurs.

A noter que parfois l'ictère est peu manifeste, ou même absent au niveau des extrémités des membres.

L'état général est grave : l'hyperthermie est aux environs de 40°-41°. La cyanose, la polypnée sont presque constantes. Le pouls est rapide mais parfois dissocié. Souvent, il existe de la prostration, de l'agitation. Les signes méningés sont rarement signalés, sauf dans l'observation de Widal (il y avait d'ailleurs du bacillus perfringens dans le liquide céphalo-rachidien).

L'examen clinique des malades montre peu de symptômes. Le foie est un peu tuméfié et sensible. La rate est normale.

Tel est, au premier abord, l'aspect de ces sujets.

Mais il est possible que le début soit beaucoup moins dramatique et que pendant 36 à 48 heures, un subictère léger avec température à 38° et euphorie parfaite n'éveille que peu d'appréhension.

L'examen du sang montre l'hémolyse massive qui se produit chez ces malades.

Le sang est difficilement coagulable, parfois incoagulable. Le plasma est laqué, de coloration rouge cerise.

A cette hémoglobinurie s'ajoute une diminution considérable et précoce des globules rouges. Les chiffres de 3.000.000 — 2.000.000, sont rapidement atteints (notre malade avait 1.040.000 globules rouges) et cette déglobulisation va se poursuivre pendant les jours suivants.

A noter la présence d'éléments de la série myélocytaire, l'hyperleucocytose avec polynucléose est la règle. Les chiffres atteints sont des plus variables 172.000 (Widal) ; 38.500 (Carnot). Chez notre malade elle était peu marquée (12 à 16.000) avec polynucléose à 90 %.

La résistance globulaire n'est pas modifiée d'une façon constante. Le plus souvent elle est normale. De même la recherche des hémolysines est également le plus souvent négative comme dans l'observation de Carnot.

Feuillée, Monzor et David ont trouvé une fois le signe du lacet et une augmentation du temps de saignement. Il semble qu'il y ait le plus souvent augmentation des temps de saignement et de coagulation, mais ici encore les résultats sont discordants.

L'hémoglobinurie est constante, massive. Elle donne aux urines peu abondantes, leur coloration très foncée qui a pu faire comparer à la teinture d'iode.

Dans ces urines très peu abondantes, on trouve de

l'albumine (4 gr. dans un cas de Weil) et quelquefois de cylindres.

Le culot est d'ailleurs épais, contenant de nombreux débris cellulaires, difficiles à interpréter. On y découvre en quantité abondante le bacille perfringens visible à l'examen direct.

A cette oligurie trouble correspond une azotémie d'emblée considérable. On trouva ici 1 à 2 grammes dès le début des accidents ; et très vite l'azotémie atteint 3-4-6 grammes (4 et 5 grammes chez notre malade).

Attribuée classiquement au blocage des reins par les débris des globules rouges et par l'hémoglobine ainsi libérée, elle apparaît en réalité ressortie à une pathogénie plus complexe. Harvier, dans la thèse de Touzé met en évidence l'existence d'une néphrite hyperazotémique qui, après la phase septicémique, va évoluer pour son propre compte.

L'hémoculture permet d'affirmer le rôle du perfringens. On le pratiquera donc à la fois en milieu aérobie et en milieu anaérobie.

Le perfringens est classiquement un germe anaérobie strict, poussant en gélose Veillon ou en bouillon privé d'air. Le mieux est d'ensemencer en bouillon glucosé sous couche d'huile de vaseline et de repiquer précocement en gélose profonde.

L'étalement des colonies montre un bacille épais, à bouts carrés. Il est court et trapu, assez souvent couplé en diplo-bacille. Il prend fortement le Gram.

Il faut noter que le perfringens peut très bien pousser sur simple bouillon et que, en pratique, ses conditions

d'anaérobie n'ont rien d'absolu (Lévy-Brühl). Ce fait est d'une portée pratique considérable. L'hémoculture est positive dès les premiers jours, en pleine phase septicémique. Mais, c'est là un résultat qui n'a rien d'absolu et pour beaucoup d'auteurs on ne découvrirait le germe dans le sang qu'en période tout à fait terminale.

C'est, d'ailleurs, parfois un autre germe qui a été cultivé en particulier le *B. coli*.

Chez le malade de notre observation, c'est ce germe que nous avons retrouvé à l'état pur dans les urines prélevées par sondage, tant à l'examen direct où il pululait qu'en cultures. S'agit-il d'un germe associé plus persistant, du microbe causal, ou tout simplement d'une germe de sortie ? Question à laquelle il est difficile de répondre actuellement.

En tout cas, les urines seront également soumises dans les meilleures conditions possibles (prélèvement aseptique) à l'étude bactériologique.

Pour certains auteurs, on y découvrirait le germe plus précocement que dans le sang, et parfois d'une façon plus prolongée comme nous avons pu le vérifier.

Il sera bon d'examiner également et dans le même esprit, les lochies de la malade.

## PRONOSTIC

Le pronostic de septicémie avec ictère à bacilles perfringens est d'une gravité extrême. En France, tous les cas publiés se sont terminés par la mort. On relève parmi les observations étrangères une douzaine de cas où la guérison est survenue.

D'ailleurs, même dans les cas mortels, l'évolution est souvent prolongée.

Au bout de quatre à cinq jours, en effet, la température décroît et revient à la normale, ou même au-dessous de la normale et à la phase septicémique du début fait suite une phase d'ictère hémolytique apyrétique. Cet ictère va d'ailleurs lui-même décroître et disparaître et seule la néphrite va rester en jeu.

L'azotémie peut atteindre des chiffres considérables : 9 gr. 50 (Carnot, 8 gr. 75 (Harvier), 5 gr. 30 dans notre cas.

Elle peut s'accompagner de torpeur, de myosis, de soubresauts tendineux, de hoquet. Il existe toujours des vomissements qui se répètent sans arrêt, épuisant les malades et empêchant toute ingestion de liquides. Ces vomissements causent, en outre, une grosse déperdition chlorée qui, à son tour, aggrave l'azotémie. Les urines sont parfois en quantité relativement suffisante et s'il n'y en a que 50 ou 100 cmc. dans le bocal, d'autres fois on en trouve 900 à 1.000 cmc. La concentration maxima de l'urée et des chlorures y sont fortement diminués (Touzé).

Ajoutons que de la « chloropénie » peut être trouvée, explicable d'ailleurs par l'importance des vomissements.

Il existe souvent, comme chez notre malade ou chez la malade récemment observée par Chabannier et Michon, une baisse de la réserve alcaline (42 chez notre malade — 36,6 chez celle de Chabannier) s'accom-

pagnant parfois comme dans notre cas d'acidose, comme en témoigne le rapport chloré.

Cette acidose, est souvent en rapport avec l'atteinte de la fonction ammoniogénétique du rein sous l'influence de la toxi-infection, est d'une importance considérable au point de vue thérapeutique. Elle indique l'alcalinisation du malade qui est un des éléments importants de son traitement.

L'anémie est le plus souvent intense, croissante.

L'examen du sang montre des chiffres infimes 2.500.000 (Carnot), 2.270.000 (Widal), 1.538.000 (Devraigne), 1.170.000 (Harvier), 1.040.000 (dans notre cas).

La torpeur devient de plus en plus profonde et aboutit à la mort. En tout, l'évolution aura duré de quelques jours à deux ou même trois semaines.

Harvier et Touzé émettent l'hypothèse d'une néphrite mixte, due à la fois à l'autodestruction hémoglobinique et à l'action directe du bacille perfringens. Avec Weinberg, ils pensent à l'intervention d'une toxine nécrosante dont le point de départ pourrait être l'utérus, où les examens nécropsiques montrent la présence de nombreux bacilles.

Il existe, d'ailleurs, toutes les variétés d'hépatonéphrites, depuis les formes foudroyantes et les formes aiguës rapidement mortelles, jusqu'aux formes prolongées.

Parfois, c'est une métastase infectieuse, un foyer pulmonaire, une pleurésie putride, une arthrite suppurée, qui hâteront la fin de ces malades.

Certains auteurs ont signalé l'existence des hépatonéphrites à streptocoques.

L'infection puerpérale pourrait, en effet, s'accompagner dans certains cas d'ictère et de néphrite.

Mais ces complications, lorsqu'elles surviennent, sont « toujours tardives » et l'hémoculture avait montré la présence du streptocoque avant leur apparition.

Quoi qu'il en soit, ces faits existent, et leur diagnostic se pose, de même que celui d'affections plus rares il est vrai, à germes anaérobies, tels que le bacillus funduliformis (Tessier, Reilly, Rivalier et Layani).

### HEPATO-NEPHRITES TOXIQUES

Celles provoquées par « l'Apiol » ont été surtout étudiées. Trillad, Michon et Thiers en 1931, Lœderich, Mamou et Mme Arager en 1932 en ont rapporté des cas mortels. Ici-même (juillet 1931), Trillaud et Thiers leur ont consacré une étude d'ensemble.

L'apiol (extrait de semences de persil) est utilisé à titre d'emménagogue, sous forme de capsules contenant 0 gr. 20 ou 0 gr. 30 d'un liquide laiteux. Les femmes absorbent dans un but abortif, un nombre plus ou moins considérable de ces capsules et sont victimes, semble-t-il, plus des impuretés chimiques du produit que de l'Apiol lui-même. Le toxique en cause serait l'éther tri-ortho-crésyl-phosphorique.

La quantité d'apiol capable de déclencher des accidents sérieux est assez variable, à partir de 3 grammes, il se produit un état ébrioux. La dose mortelle

oscille entre 3 gr. 60 (Brenot), 6 grammes en trois jours (Trillad), 9 grammes (Lœderich).

L'ivresse apiolique paraît un symptôme commun à tous les cas, elle s'accompagne d'une hépato-néphrite plus ou moins grave, suivant la susceptibilité du sujet et la dose absorbée, et de phénomènes hémorragiques.

Dans les formes graves d'emblée, l'état général est grave, la malade est abattue, prostrée. Parfois, il existe une hyperthermie que peut faire errer le diagnostic. (La température était à 40° dans le cas de Lœderich.)

La destruction globulaire est intense et ses conséquences les plus nettes sont l'ictère et une forte anémie.

Les urines sont en quantité variable. Il existe parfois une anurie totale. D'autres fois, une diurèse relative est conservée.

Par contre, l'hyperazotémie est là aussi un fait constant, permanent. Elle oscille entre 3 et 8 grammes. Elle explique la torpeur et les vomissements de ces malades et peut s'accompagner d'acidose (R. A. 52. Trillad). Peut-être conditionne-t-elle en partie les symptômes nerveux que présentent ces malades ?

On trouve, en effet, du myosis (parfois de la mydriase Trillad). Le signe de Chvostek, des myoclonies et pour beaucoup d'auteurs, ce ne seraient là que des manifestations mécaniques.

Par contre, l'abolition des réflexes tendineux que l'on décèle aux membres inférieurs, paraît en rapport avec l'intoxication apiolique et Von Itallie, Hellmuth, ont décrit la polynévrite apiolique, consistant en troubles

de la sensibilité subjective, parésies des mollets et des pieds, abolition des réflexes tendineux et, si la malade survit, atrophie musculaire et réaction de dégénérescence.

Il faut noter que les phénomènes hémorragiques : épistaxis, purpura, hématurie surtout sont fréquents. Des éruptions erythmateuses, urticariennes peuvent survenir.

Cependant, dans les cas graves, l'hépto-néphrite continue à évoluer, l'ictère pâlit et disparaît mais l'azotémie persiste et augmente. La malade meurt dans le coma le 22<sup>e</sup> jour (Lœderich). Tout traitement paraît illusoire ; la décapsulation du rein n'a pu sauver la malade de Trillad, Thiers et Michon.

Cependant, il ne faut pas méconnaître la possibilité de cas se terminant par la guérison : parfois tout se résume dans une hématurie ou une série d'hématuries (Brissemored), ou dans un ictère curable (Gladard). A noter que l'effet abortif n'est rien moins que constant et que dans l'observation de Gladard, l'hépto-néphrite ayant guéri, la grossesse continue d'évoluer.

A côté de l'apiol, il existe d'autres produits considérés comme abortifs (?) et susceptibles de provoquer des désordres viscéraux graves, soit qu'ils aient été ingérés per os soit qu'ils aient été administrés en injection intra-utérine.

Nous citerons, par exemple, la rue, l'armoïse, la sabine, les sels de mercure (sublimé) ou de plomb (extrait de saturne). Ces deux derniers produits sont des causes de néphrite aiguë bien connues (observation

récente de Rathery, Derod). Quant aux sels de quinine, si fréquemment utilisés, nous n'avons pas trouvé un seul exemple d'hépto-néphrite provoquées par leur seul emploi.

Souvent, ailleurs, il est impossible de faire préciser à la patiente, la nature de la drogue absorbée. Dans un cas de Brulé et Lenègre, où il y eut hépto-néphrite grave avec azotémie à 6 gr. 50 et lente guérison, il fut impossible de savoir quel était le toxique ; peut-être était-ce l'armoise ?

Même incertitude chez la malade de Duvoir-Ludet-Roller et Jean Bernard.

Dans un certain nombre d'observations, il y a discordance entre le taux fort élevé de l'urée du sang 6 gr., 8 gr. et la conservation relative ou absolue de la diurèse avec azotémie sensiblement normale.

Parfois même, il n'y a ni albuminurie, ni cylindrurie. En présence de tels faits, quelques auteurs et notamment MM. Duvoir, Ludet, Poller et Jean Bernard se sont demandés si la participation de l'élément « néphrite » était aussi grande qu'on le croyait et si dans la genèse de ces grandes azotémies il ne fallait pas faire jouer un grand rôle au dysfonctionnement hépatique.

Il est à remarquer d'ailleurs que, si la malade survit à son hépto-néphrite, le pronostic fonctionnel rénal est infiniment meilleur qu'on ne pourrait le croire. La constante d'Ambard, l'épreuve de la phénol-sulfone-phthaléine montrent des chiffres normaux.

Mais, il est extrêmement fréquent que plusieurs causes soient intriquées : la malade a absorbé une ou plu-

sieurs drogues, qui se sont montrées inefficaces. Elle s'est alors livrée à des manœuvres intra-utérines. Quelle est, dans ce cas, la nature de l'hépatonéphrite? toxique ou infectieuse?

Dans une observation de Lœderich, Jean Berger, Mamou, Beauchesne, il y eut absorption de plusieurs toxiques, puis manœuvres intra-utérine. Il y eut hépatonéphrite grave, anurie, anémie intense. Tout en pensant à une septicémie, on n'en put faire la preuve.

Sous l'influence des transfusions massives, d'une décapsulation du rein, de la rechloruration, la malade guérit.

Parfois, il est hors de doute que l'hépatonéphrite succède à une infection à point de départ utérin, mais, soit que la phase septicémique ait été fugace, ou pour tout autre raison, il est impossible de faire la preuve de cette infection et, au bout de quelques jours, c'est un aspect de néphrite aiguë rappelant les néphrites toxiques qui est réalisé.

C'est dire combien le diagnostic peut être difficile. Nous en donnons pour exemple le cas que nous avons rapporté précédemment.

## TRAITEMENT

Le traitement des hépatonéphrites post-abortum a grandement bénéficié des progrès de nos connaissances chimiques qui ont permis d'appliquer une thérapeutique physiologique rationnelle.

La thérapeutique anti-infectieuse elle-même devra

naturellement être, aussitôt le diagnostic fait, mise en œuvre. Le sérum antiperfringens sera utilisé à hautes doses (80 à 100 cmc. prodie) en injections intra-musculaires, ou même intra-veineuses.

On sait, d'ailleurs, l'irrégularité d'action de ce sérum. Dans les septicémies, elle paraît très limitée.

La transfusion du sang est également indiquée par l'anémie marquée et le syndrome infectieux. Elle nous a paru, comme à la plupart des auteurs, un adjuvant utile.

Etant donné l'état rénal de ces malades, il faudra ne pratiquer, au début, que des transfusions peu importantes, 60 à 100 cmc. Ultérieurement, on pourra en augmenter l'importance (200 à 300 cmc.).

Il faudra surtout en se basant sur les résultats des examens de sang et des urines, agir sur l'acidose et l'hypo-chlorémie qu'ils ont pu révéler.

« L'acidose » joue, en effet, un rôle pathogène important. Conséquence elle-même de la toxi-infection rénale ; elle va, à son tour, accentuer les désordres viscéraux, rénaux en particulier. Aussi, les malades, doivent-ils être fortement alcalinisés. S'il n'y a pas ou peu de vomissements, la voie buccale est, évidemment, la meilleure. Elle permet l'absorption rapide de doses élevées de bicarbonate de soude (15 à 25 gr.). Sinon, on utilisera la voie rectale.

L'injection intra-veineuse est également très utile (solution à 30 p. 1.000).

L'hypochlorémie résulte le plus souvent des vomis-

sements, de la diarrhée et de l'absence d'alimentation. Elle occasionne également des troubles fonctionnels d'une extrême gravité. On injectera par voie veineuse dès sa constatation 20 à 50 cmc. de sérum chloruré à 10 p. 100 et aussitt que l'état gastrique le permettra, on fera absorber des quantités importantes de chlorure de sodium (bouillon de légumes salé).

Enfin, dans les formes oliguriques ou anuriques, on tâchera de provoquer la diurèse par les différents procédés utilisés : grandes injections de sérum glucosé hypertonique, toni-cardiaques diurétiques.

C'est dans ces conditions que la question de la décapulation de l'un ou même de deux reins pourra se poser. Dans des circonstances analogues, elle a donné à quelques auteurs (Duvour, Lœderich et Beauchesne) de très beaux succès.

On devra y recourir toutes les fois que l'anurie se prolongera plus de 48 heures et résistera à toutes les tentatives médicales.

## CONCLUSIONS

1° Les ictères post-abortum ne sont pas très fréquents et semblent, non pas liés à une infection au cours de l'avortement, comme on pourrait le croire, mais plutôt à une hépato-néphrite préexistante. Le cas dont nous rapportons l'observation nous en semble une preuve de plus.

2° Ce genre d'hépato-néphrite s'accompagne d'une hypochlorémie légère, d'une élévation du rapport globulaire et d'un abaissement de la réserve alcaline.

3° La conduite thérapeutique s'inspirera de ces données, il faut alcaliniser le milieu humoral, et donner du chlorure de sodium, tout en favorisant la diurèse. Dans le cas qui fait le sujet de cette thèse, nous avons fait des injections de chlorure de sodium, des transfusions, et nous avons donné du bicarbonate de soude.

4° Une origine infectieuse paraît très discutable; les hémocultures sont restées négatives. On peut incriminer une intoxication par les médications abortives.

VU : *Le Doyen,*  
ROUSSY

VU : *Le Président,*  
TANON.

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
S. CHARLÉTY.



## BIBLIOGRAPHIE

BRULE et LENEGRÉ. — Hépatonéphrite grave après ingestion d'un abortif. S. M. H., 27 mai 1932.

CARNOT. — Syndrome ictéro-anémique par septicémie hémolysante à perfringens. Leçon clinique du 11 mars 1933.

COLOMB. — Thèse, Lyon 1931.

DUVOIR, LAUDAT, PELLET, JEAN BERNARD. — Hépatonéphrite après ingestion d'un abortif. — Hypoazotémie et hypoazoturie parallèles à la période de régression. S. M. H., 5 mai 1933.

HARVIER, MERCKLEN, ANTONELLI. — Néphrite urémigène consécutive à une septicémie à perfringens post abortum. S. M. H., 4 mai 1934.

LOEDERICH, JEAN BERGER, MAMOU et BEAUCHESNE. — Hépatonéphrite grave post abortum avec ictère hémolytique et anurie. S. M. H., 30 juin 1933.

LOEDERICH, MAMOU et Mme ARAGER. — Intoxication mortelle par l'Apiol : S. M. H., 20 mai 1932.

LAUBRY, THIROLOIX. — S. M. H., 20 janvier 1932.

LEMIERRE. — L'orientation médicale, janvier 1932.

LœPER, MERCKLEN. — S. M. H., 7 juillet 1933.

P. VALLERY-RADOT, DELAFONTAINE, HAMBURGER, Mlle GAUTHIER-VILLARS. — S. M. H., 9 juin 1933.

P. VALLERY-RADOT, DEROT. — Essai de classification des principaux types d'Hépatonéphrites. Bull. Médical, 7 novembre 1931.

RATHERY, DEROT, MOLINE. — S. M. H., 26 octobre 1934.

TOUZE. — La néphrite post septicémique à bacille perfringens. Thèse, Paris 1934.

TRILLAT, MICHON, Thiers. — Annales de Médecine, juillet 1931.

WEILL ADRIEN. — Les septicémies purpurales à bacilles perfringens. Thèse, Paris 1932.

WEINBERG, CAMBIESCO. — Annales de l'Institut Pasteur, t. XLV, novembre 1930.

WIDAL, LEMIERRE, ABRAMI, LEON KINDBERG. — Ictère grave d'origine hémolytique dû au bacille perfringens. Bull. et Mém. S. M. H., 10 novembre 1911.

RAYMONDE DUPERRAT. — Les ictères de l'avortement provoquée. La clinique n° 243, avril 1935.



